



CREFITO14

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE REINSCRIÇÃO

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Nome: _____

Filiação: Pai - _____

Mãe- _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo () F () M

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Universidade: _____ Data de colação de grau: ____/____/____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Cep: _____ Tel: () _____ Celular () _____

Email: _____

Esclareço que a sede principal de minha atividade profissional é em:

Nome da Empresa: _____

End. Comercial: _____ Cidade: _____ UF: _____

Cep: _____ Tel: () _____

Solicito a Vossa Excelência, **Reinscrição** nos termos da Lei 6.316/75 de 17/12/75 e, ciente da obrigação imposta pela norma do art. 5º da Lei Federal nº 12.514/2011, para exercer na área sob Jurisdição desse Regional a profissão de:

() FISIOTERAPEUTA

() TERAPEUTA OCUPACIONAL

Anexar à presente cópia os seguintes documentos:

* 1 Uma foto 3x4

* Comprovante de endereço

* RG

* CPF

Atesto, para os devidos fins e sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras. Ainda, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região - CREFITO-14 - a encaminhar toda e qualquer notificação, inclusive as relativas a processos ético-disciplinares (cf. art. 12 da Res. 423/2013 - COFFITO), por via eletrônica, no endereço de e-mail _____, ficando dispensado o envio de notificações físicas por correio ou qualquer outro meio.

Nestes termos.

Peço deferimento.

Local e data

Assinatura do Profissional